1896
Lane Medical Library

Aus der medizinischen Klinik der Universität Greifswald.

Ueber einen Fall von perforiertem Ileumcarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königl. Universität zu Greifswald

am

Mittwoch, den 21. Oktober 1896

Mittags $12^1/_2$ Uhr

öffentlich verteidigen wird

Aloys Maria Lautenschläger

Assistenzarzt an der Kgl. med. Universitäts-Poliklinik zu Greifswald.

Opponenten:

Herr Dr. med. Baur, prakt. Arzt.
Herr cand. iur. Domnick.
Herr cand. med. Krabbe.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1896.

Seinem lieben Vater

in Verehrung und Danbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0157

Im Folgenden sei mir gestattet, einen Fall von Ileum-Carcinom zu besprechen, der sowohl klinisch, wie pathologisch anatomisch Interesse hat.

Krankengeschichte.

Patientin ist die 37 Jahre alte Erzieherin E. Q. Der Vater derselben ist tot, Mutter und Geschwister leben und sind gesund. Seit ihrer Jugend hatte sie viel an Magen- und Darmerkrankungen zu leiden, ferner will sie stets bleichsüchtig gewesen sein. Im 10. Lebensjahre hat sie die Masern durchgemacht. Die 1. Menstruation trat im 13. Lebensjahre auf; sie war nie ganz regelmässig und ungleich stark. Bisher hat sie ihren Beruf als Erzieherin ausgeübt und hat sich im Übermasse anstrengen müssen, mehr wohl als ihre Constitution es vertragen hat. Im Frühling dieses Jahres befand sich Patientin bereits einmal auf der medicinischen Abteilung des hiesigen kgl. Universitäts-Krankenhauses in Behandlung wegen der erwähnten Magenbeschwerden, die damals eine Steigerung erfahren hatten und sich hauptsächlich in häufig auftretenden krampfartigen Schmerzen des Magens und daneben in ständigem Übelsein äusserten. Magenblutungen bestanden nicht, ebensowenig Erbrechen. Es wurde damals die Diagnose auf Dyspepsia acida gestellt. Ausserdem bestand noch der Verdacht auf beginnende Lungentuberkulose; Pat. wurde nach 3wöchentlicher Behandlung wesentlich gebessert ent-

lassen. Ihr Zustand ist denn auch in der Folgezeit immer ein leidlich zufriedenstellender gewesen. Im Sommer hat sie sich wegen der vorgenannten Beschwerden sowie wegen einer chronischen Pharyngitis und Laryngitis auf den Rat des Herrn Geheimrat Mosler einer Brunnenkur in Ems unterzogen.

Ihre Wiederaufnahme in die medicin. Klinik erfolgte am 31. August. 5 Tage vor derselben stellten sich Kopfschmerzen ein und heftige stechende Schmerzen im Halse besonders beim Schlucken. Pat. glaubte von den Kindern, die sie zu unterrichten hatte, angesteckt worden zu sein, da dieselben kurz vorher ähnliche Halskrankheiten durchgemacht haben. Ausserdem klagt sie darüber, dass ihre früheren Darmbeschwerden sich in der letzten Zeit wieder intensiver eingestellt hätten, indem sie in den letzten 3 Wochen unter mehr oder minder heftigen Durchfällen zu leiden gehabt hätte.

Status praesens.

Patientin ist von mittelgrosser Statur, gracilem Knochenbau, schlaffer Muskulatur und stark reduciertem Fettpolster. Das eingefallene Gesicht erscheint fieberhaft gerötet, Gesichtsausdruck matt und müde. Die Lippen und Conjunctiven sind etwas anämisch. Die gelblich-weiss aussehende Körperhaut ist trocken und fühlt sich heiss an. Körpertemperatur in der Achselhöhle gemessen: 39,4 °. Am ganzen Körper, namentlich an den Oberschenkeln, den Unterarmen, am Halse und Rücken zeigen sich kleine Furunkel, deren Eiter zum Teil nach aussen perforiert ist. Ausserdem finden sich namentlich am Rücken zahlreiche kleine Narben von früheren Furunkeln resp. Aknepusteln. Odeeme sowie Decubitus sind nicht vorhanden.

Systema nervosum.

Sensorium ist frei. Patientin klagt über mässig heftige Kopfschmerzen. Schwindel nicht vorhanden. Keine Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, kein Tremor. Delirien bestehen nicht. Schlaf schlecht.

Systema digestionis.

Lippen etwas blass und trocken. Zunge feucht, mit einem graugelblichen Belage bedeckt, rissig. Zähne schlecht aber gut gepflegt (künstliches Gebiss oben), Foetor ex ore nicht vorhanden. Pat. klagt über heftige stechende Schmerzen im Halse, besonders beim Schlucken. Die Inspection des Halses ergiebt eine deutliche Schwellung und Rötung der Tonsillen und Gaumenbögen, der Uvula und des weichen Gaumens. Auf beiden Tonsillen heben sich mehrere weiss-gelbliche Flecke ab. In dem Belage konnten Diphtheriebacillen kulturell nicht nachgewiesen werden. Die Lymphdrüsen am Halse zeigen eine deutliche Schwellung nicht. Der Appetit ist vermindert, das Durstgefühl nicht sonderlich gesteigert. Erbrechen besteht nicht. Der Stuhlgang erfolgt durchschnittlich 2 mal am Tage, ist von dünn-flüssiger Beschaffenheit und hellgelber Farbe. Beim Stehen im Glase trat eine Schichtung ein in eine obere trübe flüssigere und in eine gelbe aus krümligen Massen bestehende untere Schicht. Das Abdomen ist in geringem Grade meteoristisch aufgetrieben. Bei Palpation zeigt dasselbe nirgends eine deutlich hervorragende Schmerzhaftigkeit, auch sind dabei irgend welche abnorme Resistenzen nicht wahrnehmbar. Perkussion der Leber:

Obere Grenze: neben dem Sternum am oberen Rande der VI. Rippe,

in der Mammillarlinie: auf der 6. Rippe

in der vorderen Axillarlinie: im 6. Intercostalraum.

Untere Grenze: In der Medianlinie ungefähr Mitte zwischen Nabel und Processus ensiformis

in der Parasternallinie $2^1/_2$ cm unterhalb des Rippenbogens.

in der Mammillarlinie schneidet sie den Rippenbogen.

Milz misst: von oben nach unten 7 cm, ragt nach vorn bis an die Linea costo-articularis.

Systema respirationis.

Stiche beim Athemholen bestehen nicht. Thorax flach gebaut. Athembewegungen mässig ergiebig, auf beiden Seiten gleichmässig. Frequenz 26 pro Minute. Die Perkussion der Lungenspitzen lässt einen deutlich erkennbaren Unterschied beiderseits nicht wahrnehmen; auch über den übrigen Lungenpartieen besteht überall heller voller Lungenschall. Die Auscultation ergiebt an allen Stellen normales vesiculäres Athmen, das nur hinten und unten beiderseits mit spärlichen feuchten, klein- bis mittelblasigen, nicht klingenden Rasselgeräuschen vermischt ist. Der Pektoralfremitus und die Auskultation der Stimme weisen keine Besonderheiten auf. Es besteht geringer quälender Husten, der ein spärliches, schleimig-eitriges Sputum zu Tage fördert. Untersuchung auf Tuberkelbacillen negativ.

Systema circulationis.

Abgesehen von hin und wieder auftretenden Herzklopfen keine subjektiven Beschwerden. Herzspitzenstoss im V. Intercostalraume sicht- und fühlbar etwas nach einwärts von der Mammillarlinie. Grenzen der Herzdämpfungsfigur: rechts am linken Sternalrande; oben am oberen Rand der IV. Rippe; links $2^1/_2$ cm nach einwärts von der Mammillarlinie. Herztöne sind

rein. Auscultation der grossen Gefässe ergiebt normale Verhältnisse. Puls regelmässig, leidlich voll und kräftig, Frequenz 92 in der Minute.

Systema urogenitale.

Der Urin wird spontan und ohne Schmerzen entleert, er ist klar, von gelbroter Farbe und schwachsaurer Reaction. Specif. Gewicht 1019. Untersuchung auf Zucker, Eiter, Gallenfarbstoff etc. negativ. Mikroskopische Untersuchung des Sediments: spärlich rothe Blutkörperchen und Leucocyten sowie ganz vereinzelte hyaline Cylinder. Diazoreaction deutlich positiv.

Diagnose: Angina follicularis, Typhus abdominalis?

Prognose: Dubia.

Therapie: Bettruhe, flüssige Diät, Wein, Priessnitz um den Hals. Gurgeln mit Solut. acid. borrici (3 %). Pinseln mit Sublimatalkohol 1 : 1000. Mundpflege. 3 × tgl. 20 Trpf. Liqu. ammon. anisat. Milchdiät.

Krankheitsverlauf.

Am 2. IX. ist die Temperatur am Abend bis auf 37,9° gefallen. Der folliculäre Belag ist von den Tonsillen vollkommen geschwunden. Diese erscheinen nur noch gerötet und geschwollen. Im Urin ½ ‰ Albumen. Diazoreaction schwach positiv. Stuhlgang ist heute nur einmal erfolgt; derselbe hat bereits wieder etwas festere Consistenz angenommen. Schlaf schlecht. — Beim Schlucken bestehen immer noch stechende Schmerzen im Halse.

Am 4. IX. ist Patientin vollkommen fieberfrei. Eiweissgehalt des Urins ¼ ‰. Stuhlgang erfolgt durchschnittlich einmal am Tage; er ist von fest-

haft, besonders in der Ileocoecalgegend und in der Gegend oberhalb der Symphyse. Erbrechen besteht nicht. Bäder und Einläufe werden ausgesetzt. Ruhe. Eisblase aufs Abdomen. 3 × tgl. 10 Tropfen Opiumtinctur. An Stelle der abgekühlten Bäder Chinin muriatic.

Am 21. IX. haben die Schmerzhaftigkeit des Abdomens und der Meteorismus noch zugenommen. Puls noch leidlich voll und kräftig. Kein Erbrechen. Albumengehalt $^1/_2$ $^0/_{00}$. Diazoreaction: deutlich positiv. Vier dünne Stuhlentleerungen. Im Übrigen status idem.

Am 22. IX. morgens macht Patientin einen etwas somnolenten Eindruck. Urin und Faeces lässt sie unter sich gehen. Bei den leisesten Bewegungen und bei Berührungen des Abdomens stöhnt sie vor Schmerz. Die Somnolenz geht im Laufe des Tages in vollkommne Benommenheit über. Der anfangs noch leidlich kräftige Puls wird schwach, bis er kaum mehr zu fühlen ist. Die Temperatur fällt gegen Abend auf 37,8°, während der Puls auf 112 bleibt. Um 10 Uhr Abends erfolgt der Exitus letalis.

Sectionsprotokoll.

Mittelgrosse, schlank gebaute weibliche Leiche mit schwachem, kielartig vorgewölbtem Thorax, weisser, an den abhängigen Teilen bläulicher Haut, dürftiger Muskulatur, kleinen Mammae mit wenig pigmentierten Warzen. In der Haut des Halses sieht man einige in Vernarbung begriffene, central mit Schorf bedeckte Furunkel, die nach Entfernung des Schorfes etwas Eiter zeigen.

Das Abdomen ist aufgetrieben, ohne Fluctuation. Auf dem Hautschnitte vom Kinn zur Symphyse misst das Fettpolster an der Brust ca. 3, am Abdomen 10—12 mm.

Das grosse Netz enthält mässig reichliche Fettträubchen, ist in den grossen Arterien und Venenstämmen von sehr geringem Blutgehalte, während die kleinen Gefässe stellenweise bis zu diffuser Röthung injiciert sind. Der Bauchfellüberzug des Dickdarmes und der Mehrzahl der Dünndarmschlingen sowie der Bauchdecken ist transparent, hellgrau glatt. In den tieferen, namentlich in den im Becken gelegenen Dünndarmschlingen zeigt die Serosa eine stellenweise intensive Röthung, welche grösstenteils auf eine Füllung der kleinsten Gefässe zurückzuführen ist und nur kleine haemorrhagische Beimischungen enthält. Die am stärksten veränderte Schlingengruppe liegt im Becken. Daselbst lassen sich 100 ccm einer trüben, gelblichgrauen, kotig riechenden Flüssigkeit auslöffeln. Hierselbst findet sich eine Dünndarmschlinge, welche schon durch die Serosa hindurch am Mesenterialansatze eine Anzahl erbsen- und haselnussgrosser vielfach confluirter markiger Knollen erkennen lässt und durch eine mehr gleichmässige Geschwulstmasse auf 4 cm mit der Serosa der Nachbarschaft zu einer Schlinge verwachsen ist. In diesem Gebiete liegt eine rundliche, 1 cm im Durchmesser betragende opak-graugelbe Stelle mit flachen frischen Blutungen der Umgebung, welche anscheinend eine totale Nekrose der Darmwand darstellt, zur Zeit aber auf leichten Druck weder Gas noch Flüssigkeit durchlässt. Es wird nun zunächst der Dünndarm ober- und unterhalb der erwähnten Geschwulststelle abpräpariert, wobei sich herausstellt, dass die Schlinge 150 cm oberhalb der Bauhinischen Klappe liegt. Die Lymphgefässe des Darmes zeigen weisse, aus weichem Geschwulstgewebe bestehende Inhaltsmassen, durch welche sie etwas aufgetrieben werden. Zwei Lymphstränge, die entlang

dem Mesenterialansatze laufen und in entgegengesetzter Richtung von der Geschwulstmasse entspringen, sind besonders markant. Durch die besagte Schlinge ist eine unbedeutende Verengerung im Darmrohr bedingt, in deren Folge der obere Abschnitt weisse, thonähnliche, weiche Kotmassen enthält, während im abführenden Teil mehr Schleim enthalten ist. Beim Eingehen mit dem Finger sowie beim Durchspülen mit Wasser erscheint die Verengerung sehr geringfügig, auch ist kein nennenswerther Unterschied in der Weite zwischen oberer und unterer Darmschlinge wahrzunehmen.

Nach dem Aufschneiden zeigt sich an der Verwachsungsstelle ein 2 Mark-Stück grosses von Geschwulstmassen gebildetes Geschwür. Dasselbe ist im Centrum grün, an den Rändern gelb getärbt, zerklüftet und scharf gegen die weiche ödematöse hellgraue Schleimhaut abgegrenzt. 2 cm im Umkreis ist es von der nicht ulcerierten Geschwulstmasse umgeben, über welcher die Mucosa nur an einzelnen Stellen verschieblich ist. Der ganze grüne Geschwürsgrund geht unmittelbar in die Geschwulstwucherung über und stellt nekrotisches, gallig imbibiertes Tumorgewebe dar. Man erkennt deutlich die ringförmige Anlage des Geschwürs; nur eine dem Mesenterialansatze gegenüber liegende Stelle der Mucosa ist frei von dem Geschwüre. Ganz in der Nähe der Mesenterialansatzes findet sich die Stelle des Geschwürsgrundes, welche der erwähnten nekrotischen Stelle in der Serosa entspricht. Hierselbst ist auch innen mit der Sonde keine Perforationsöffnung zu entdecken. Dagegen gelangt man von dem Centrum des Geschwürs durch die ganze Dicke der Darmwand, welche durch die Verklebung bei Beginn der Sektion

verschlossen war, aber nach Loslösung der weichen Verklebung direkt ins Peritoneum führt. Bis zum Mesenterialansatze hin finden sich grosse Packete von Geschwulstmassen von weisser Schnittfläche. Dieselben bestehen, wie die sofort vorgenommene mikroskopische Untersuchung zeigt, aus reichlichen, vielfach cylindrischen Zellen.

Die Darmschleimhaut unterhalb ist blassgrau, zeigt keine Veränderung der Peyer'schen Haufen; auch im Dickdarm ist nichts abnormes vorhanden; Processus vermiformis durchaus normal. Die retroperitonealen Lymphdrüsen sind erbsen- bis bohnengross und zeigen auf dem Durchschnitt eine markige Masse.

Es wird nun die Brusthöhle eröffnet. Rechts entleert sich 25 ccm klare Flüssigkeit von rötlicher Farbe. Auch im Herzbeutel etwas vermehrte klare Flüssigkeit. Das Herz liegt in normaler Lage, entspricht etwa der Grösse der Faust der Leiche, misst in der Länge vorn 9,5 cm, an der Basis 8,5 cm. Au dem rechten Ventrikel eine gleichmässige 3—4 mm dicke Fettschicht. Kranzarterien leer, dünnwandig, zart. In den Herzhöhlen flüssiges Blut und etwas Cruor. Herzwandung rechts bis 10, links bis 20 mm dick, kräftig, von bräunlich roter Farbe. Ostium aortae misst 6,5 cm. Klappen durchweg zart mit gelöstem Blutfarbstoff imbibiert. Aorta in ihrem ganzen Verlaufe von normaler Wandbeschaffenheit. Die aufgeschnittenen Kranzarterien sind ebenfalls intact.

Beide Lungen sind in den Spitzen und einigen Abschnitten des Oberlappens durch fibröse Stränge verwachsen. In der linken Spitze eine haselnussgrosse schiefrige Narbe, eine kleinere an der Spitze des Unterlappens. Das Lungengewebe durchweg luft-

haltig und blutreich, Bronchien leer. Rechts ist nur der Oberlappen lufthaltig, etwas ödematös, bluthaltig. Unter- und Mittellappen zeigen eine blaurote Pleura. Das Parenchym fühlt sich etwas teigig, nicht knisternd an. Auf der Schnittfläche trübe, blutige, nicht schaumige Flüssigkeit; Schnittfläche glatt. Hepatisation in den abhängigen Teilen der Lunge am intensivsten.

Milz ebenso wie Magen und Leber durch zahlreiche Stränge mit Zwerchfell und Bauchwand verwachsen, ziemlich stark vergrössert misst 18 : 4 : 4,5 cm. Durchschnitt dunkelrot, ziemlich derb, doch lässt sich weiche Pulpe abstreichen.

Beide Nieren von ziemlich dicker Fettkapsel umgeben, messen 11,5 : 5 : 3, Rinde hellrot, transparent, Marksubstanz von geringem Blutgehalt. Kelch und Becken zeigen blasse, intacte Schleimhaut.

Der Magen lässt eine sanduhrförmige Einziehung in seiner Mitte erkennen. An der Innenfläche sieht man zwei symmetrisch zur kleinen Curvatur gestellte, völlig von Schleimhaut überzogene strahlige Narben. Sonst ist die Schleimhaut des Magens und Duodenums hellgrau, intact,

Die Leber ist abgesehen von den erwähnten Verwachsungen von glatter Serosa überzogen. Acini gross und deutlich, an der Peripherie gelb im Centrum rot.

Pathologisch-anatomische Diagnose.

Ulcus carcinomatosum ilei perforatum. Peritonitis stercoracea incipiens. Degeneratio carcinomatosa glandular. meseraic. et retroperitoneal. Cicatrices pulmon. utriusque. Pneumonia hypostatic. dextra. Cicatrices ventriculi. Periphrenitis. Perigastritis Perihepatitis adhaesiva. Pectus carinatum. Furunculi multiplices.

Sowohl von dem carcinomatösen Geschwüre als auch von dem Drüsenpakete wurden Dauerpräparate hergestellt. An den Schnitten des Ulcus ist folgendes zu sehen:

Die Oberfläche stellt eine nekrotische, reich mit Bacterien durchsetzte Schicht dar in der sich noch vielfach Drüsenschläuche erkennen lassen, deren Epithelien ebenfalls nekrotisch sind und deshalb keine Kernfärbung aufweisen. Darauf folgt eine dünne Schicht mit stellenweisen Rundzellenanhäufungen. Das übrige Gewebe zeigt nur ganz wenig bindegewebiges Stroma sowie eine Masse kleiner epithelialer Zellen. Letztere zeigen allerdings nur noch hie und da cylindrischen Bau, während die überwiegend grosse Masse in starkem Zerfall begriffen ist.

Etwas absolut typisches ist nicht zu erkennen wegen der vorsgeschrittenen fauligen Processe, welche Härtung und Färbung der Präparate erschwerten. Daher konnte man auch nur durch Aufklebung der Paraffinschnitte einen Zusammenhalt der Schnittpräparate erreichen.

Ähnliches zeigt die Untersuchung der Lymphdrüsen: Kleine lymphatische Rundzellen und reichliche etwas grössere epitheliale Zellen mit gelegentlich noch erhaltener cylindrischer Gestalt, sehr spärlichem Stroma, das augenscheinlich schon insgesamt in Fett-Metamorphose übergegangen ist.

Aus den gehärteten Präparaten allein können wir hier die Diagnose auf Cylinderzellencarcinom nicht stellen, denn nirgends tritt bindegewebiges Stroma mit dazwischenliegenden Epithelzellennestern klar in die Erscheinung. Dass so wenig Bindegewebe vorhanden ist, das kann an zwei Umständen liegen. Entweder es ist ein weicher, markiger, zellenreicher Tumor der

von Anfang an wenig Bindegewebe aufweist, oder aber ist letzteres schon in Fettmetamorphose übergegangen. Zweifellos haben hier beide Faktoren mitgewirkt und so die Structur verwischt.

Wie ausserordentlich wichtig und nützlich die mikroskopische Untersuchung am frischen Präparate ist, zeigt dieser Fall sehr klar. Sie allein ist es auf welche wir hier unsre pathologisch-anatomische Diagnose bauen können. Sie zeigte, dass wir es mit einem epithelialen Gebilde zu thun haben und liess die einzelnen Cylinderepithelzellen in ihrer ganzen Form ehr deutlich erkennen. Da wir diese Cylinderzellen in den Mesenterialdrüsen wiedergefunden haben, so ist auch klar, dass es sich nicht um einen primären Lymphdrüsentumor handeln kann.

Der Tumor ist zellreich und ziemlich weich, und deshalb ist anzunehmen, dass er rasch wuchs und bald geschwürig verfiel. Wie lange er schon bestand, lässt sich schwer sagen, da klinisch keinerlei Anhaltspunkte für diese Frage bestehen. Die in der Jugend der Patientin aufgetretenen Magen- und Darmbeschwerden hingen jedenfalls mit ihrer Chlorose und namentlich den Magengeschwüren zusammen, deren Narben bei der Autopsie gefunden wurden. Bemerkenswerthe Erscheinungen von Seiten des Darmes traten erst 3 Wochen vor ihrer Aufnahme in die Klinik auf. Der geschwürig zerfallene Tumor hatte allmählig, den Lymphgefässen folgend, fast die ganze Darmwand ringförmig eingenommen, seine zerklüfteten Partieen ragten ins Darmlumen hinein und trotzdem war eine nur ganz geringfügige Verengerung des Darmrohres eingetreten. Deshalb war auch die Muscularis des Darmstückes oberhalb der Geschwulststelle nicht hypertrophisch geworden.

Als nun die Perforation eingetreten war, sickerte ein Teil des Dickdarminhaltes in die Bauchhöhle und erzeugte dort eine Peritonitis, die sich jedoch nur auf die im kleinen Becken liegenden Darmschlingen beschränkte. Nun verklebte die an der Perforationsöffnung gelegene Serosa mit der etwas unterhalb gelegenen Serosa derselben Schlinge, wodurch das Darmstück abgebogen wurde. Da die beiden verwachsenen Serosastellen nur wenige Centimeter von einander entfernt waren, so musste die Abknickung ziemlich spitzwinklig werden. Die Verwachsung blieb aber im Wesentlichen auf einen nur kleinen Teil der Darmwand beschränkt; der übrige Teil hatte Gelegenheit sich auszudehnen und so war die Passage doch noch freigeblieben, was der Darminhalt unterhalb dieser abgeknickten Partie noch deutlich erkennen liess. Merkwürdig bleibt es immerhin, dass trotz der Abknickung keine Stenoseerscheinungen auftraten; noch am Tage des exitus letalis hatte Patientin zwei dünnflüssige Stühle. An einer anderen Stelle des Geschwüres war die Ulceration schon bis zur Serosa vorgeschritten und hatte dort eine partielle Nekrose derselben eingeleitet. Die Perforationsperitonitis hat im Verein mit einer hypostatischen Pneumonie den Tod herbeigeführt.

Was die Häufigkeit des primären Dünndarmcarcinoms betrifft, so sind noch in den 80er Jahren französische Aerzte soweit gegangen, dass sie es überhaupt in Zweifel zogen, und selbst die häufiger vorkommenden Carcinome des Duodenums als in jedem Falle von einem Pyloruscarcinom ausgehend erklärten. Heute sind die Angaben darüber noch etwas schwankend, doch wird es von den meisten für recht selten gehalten. Nach Durchsicht der Litteratur scheint es

mir, dass es durchaus keine solche Rarität darstellt, wie man sonst anzunehmen geneigt ist. In einer späteren Arbeit werde ich Gelegenheit finden, genauere Mitteilungen darüber zu machen.

Die klinische Diagnose des Falles war unmöglich. Die Symptome und der objektive Befund — der Ileocoecalschmerz, die suspekten Stühle, die Milzschwellung, die Diazoreaktion, der Fieberverlauf — machten die Diagnose auf Typhus abdominalis fast zwingend. Namentlich die Temperaturcurve war geradezu typisch.

Fragen wir uns nun, wie es mit den Symptomen, eines Ileumcarcinoms überhaupt steht, so finden wir, dass es nur in den seltensten Fällen gelingt, Anhaltspunkte für die Diagnose zu gewinnen.

Die Cachexie, die übrigens in unsrem Falle durchaus nicht deutlich ausgeprägt war, ist für die Specialdiagnose natürlich nicht zu verwerten. Einen leisen Fingerzeig kann uns vielleicht der Schmerz geben, der in vielen Fällen von einer bestimmten Stelle aus eigentümlich lancinierend in das Kreuz oder Ischiasartig in die Schenkel ausstrahlt, doch ist auch dieses Symptom sehr variabel. Auch Stenoseerscheinungen treten nur in wenigen und recht vorgeschrittenen Fällen ein, wie die klinischen Beobachtungen zeigen.

Leichtenstern sagt darüber folgendes: „Man ist oft erstaunt bei den Sectionen, die hochgradigsten Stenosen anzutreffen, während es im Leben niemals zu Kothstauungen kam, im Gegenteil anhaltende Diarrhoeen bestanden. Die Producte des intensiven Darmkatarrhs in Verbindung mit dem die Peristaltik anregenden Reize, welchen die Darmkontenta auf die Krebsgeschwüre ausübten, liessen es niemals zur Ein-

dickung des Darminhaltes kommen, beschleunigten dessen Abfuhr und paralysierten so den Einfluss der Stenose."

Also einerseits braucht das Carcinom gar keine Verengerung des Darmlumens zu machen und wenn eine Stenose da ist, so macht diese sich obendrein in den meisten Fällen klinisch gar nicht bemerkbar. Diesbezüglich interessant ist das Verhalten des neuerdings in der Chirurgie öfters angewandten Murphy Knopfes nach einer Entero-Anastomose. Trotz seiner eben für einen Bleistift durchgängigen Lichtung macht er während der 8 Tage, die er nach allgemeinen Annahme an seinem Platze bleibt, keinerlei Stenoseerscheinungen. Die Stenose kann allerdings durch unzweckmässige Ernährung plötzlichen Darmverschluss verursachen, wie ein bei Eichhorst notierter, von v. Bamberger mitgetheilter Fall zeigt, wo ein Patient nach Genuss eines Linsengerichtes unter Ileuserscheinungen zu Grunde ging. Bei der Section fanden sich über einer carcinomatösen Stenose massenhaft angesammelte unverdaute Linsenhülsen.

Das Vorhandensein grösserer Gallenmengen im Magen und die Verminderung der peptischen Kraft des Magensaftes, Symptome auf welche Riegel aufmerksam machte, sind wohl nur bei im Duodenum und Jejunum sitzenden Stricturen zu verwerten.

Bisweilen vermag die Untersuchung der Faeces auf die Diagnose hinzulenken. Jene sind, auch nur in ganz seltenen Fällen, dadurch characterisiert, dass sie band- oder schafkotartig aussehen, indem sie durch die Stenose so geformt werden. Dies Symptom ist nur dann von diagnostischer Bedeutung, wenn

zwischen hinein keine normalen Stühle erfolgen. Das Auftreten von jauchig stinkenden Dejectionen, untermischt von Blut und Eiter, bisweilen sogar von Krebspartikeln beansprucht einen grösseren Wert, indem wir daraus auch zugleich auf den Sitz einen Wahrscheinlichkeitsschluss machen können. Je tiefer das Carcinom sitzt, um so unvermischter und unveränderter sind jene abnormen Bestandteile der Dejectionen. Das Ausschlaggebende für den Sitz des Tumors und damit für die Möglichkeit der Diagnose überhaupt ist das Fühlen einer palpablen Geschwulst. Aber wie oft ist das gelungen?

Beim ersten der von Roselieb beschriebenen 5 Fälle 1 Tag vor dem exitus letalis, bei Du Castel ist ein Fall beschrieben, wo der Tumor erst 1/4 Jahr nach der Aufnahme des Patienten ins Krankenhaus gefunden wurde, in dem von Körner beobachteten Falle hatten sich schon grosse Metastasen im Mesenterium etc. ausgebildet. Sonst habe ich nirgends eine Notiz gefunden, welche besagte, dass intra vitam des Dünndarms ein Tumor gefühlt wurde. Da ohne dieses Symptom eine Diagnose immer unmöglich ist, so ist unsre Machtlosigkeit gegenüber einem Ileum-Carcinom ohne weiteres einzusehen.

Vielleicht gelingt es einer kommenden Zeit durch genaue klinische Beobachtungen und Einzelbeschreibungen unsrer Diagnose mehr Mittel und Wege in die Hand zu geben zum Wohle der leidenden Menschheit.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef und Lehrer Herrn Geheimrath Prof. Dr. Mosler für die gütige Anregung zu dieser Arbeit, ferner meinem sehr geschätzten

Lehrer Herrn Prof. Dr. Grawitz und seinem Assistenten Herrn Dr. Buddee für die freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung der pathologisch-anatomischen Seite dieses Falles meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Litteratur.

v. Ziemssen, Handbuch der spec. Pathologie und Therapie.
Leube, Specielle Diagnose der inneren Krankheiten..
Wunderlich, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie.
Eichhorst, Specielle Pathologie und Therapie.
Canstatt, Specielle Pathologie und Therapie.
Virchow's Archiv, Bd. 111.
Riegel, Zur Casuistik und Symptomatologie der Dünndarmcarcinome. Deutsche medicinische Wochenschrift 1890.
Roselieb, Über 5 Fälle von Carcinom des Dünndarms. Dissert. München 1880.
Du Castel, Cancer de l'iléon. Archiv général de Medicine.
Hausmann, Contribution à l'histoire du cancer de l'intestin. Thèse de Paris 1882.
Journet, Etude sur le cancer de la terminaison de l'intestin grèle. Thèse de Paris 1883.
Leo, Diagnostik der Krankheiten der Bauchorgane.
Bandelier, Beitrag zur Casuistik der Pankreastumoren. Dissert. Greifswald 1890.
Körner, Beitrag zur Casuistik der Dünndarmcarcinome. Dissert. Greifswald 1890.
Rokitansky, Pathologische Anatomie.
Ziegler, Pathologische Anatomie.
Nothnagel, Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum. Wien 1890.

Lebenslauf.

Verfasser, Aloys Maria Lautenschläger, katholischer Confession, wurde am 29. März 1870 als Sohn des kgl. bayr. Gerichtsvollziehers Franz Joseph Lautenschläger zu Aschaffenburg i. Bayern geboren. Er besuchte das dortige Gymnasium bis Ostern 1888, sodann bis Michaelis 1890 das Gymnasium zu Schweinfurt a. Main, das er mit dem Zeugnis der Reife verliess. Er widmete sich zunächst 2 Semester dem Studium der Forstwissenschaften an der kgl. Forstakademie zu Aschaffenburg, um dann das Studium der Medicin zu ergreifen und begab sich zu diesem Zwecke zuerst nach Würzburg, wo er drei Semester studierte, sodann nach Freiburg i. B. wo er im darauffolgenden Semester — im Juli 1893 — das Tentamen physikum bestand. Von Ostern 1894 an studierte er drei Semester in Berlin, um Michaelis 1895 nach Greifswald überzusiedeln. Dort bestand er im Winter 1895/96 das Examen medicum und danach das Examen rigorosum. Am 1. Mai 1896 begann er die ärztliche Staatsprüfung, die er am 8. Juli 1896 vollendet hatte.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten:

In Aschaffenburg:

Bohn, Dingler, Fürst, Konrad, Krug, Schleiermacher, Spangenberger, Wappes.

In Würzburg:

Fick, Fischer, Kölliker, Riegel, Roentgen, Sachs, Schultze, Semper, Voelckel.

In Freiburg:

Baeumler, Hegar, Goldmann, Kraske, v. Kries, Reinhold, Rickert, Riehl, Rietschl, Warburg, Weismann, Wiedersheim, Ziegler.

In Berlin:

v. Bergmann, Gebhardt, Gerhardt, Heuck, Hertwig, Klemperer, Lassar, Olshausen, Rosenthal, Schimmelbusch, Schlange, Schmoller, Schweigger, Senator, Virchow, Winter.

In Greifswald:

Arndt, Bonnet, Busse, Enderlen, Grawitz, Helferich, Loeffler, Mosler, Pernice, Peiper, Schirmer, Schulz.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen Dank aus, besonders den Herren Geheimrat v. Bergmann, Geheimrat Olshausen, Professor Winter und Professor Schirmer, bei denen er als Coassistent thätig sein durfte.

Thesen.

I.

Die heutige Fussbekleidung ist aus hygienischen Gründen zu verwerfen.

II.

Neben der Serumtherapie kann bei Diphtherie die locale Behandlung nicht entbehrt werden.

III.

Es ist Pflicht der Ärzte, den Missbrauch des Alkohols zu bekämpfen.